Ein Fall
von
paranephritischem Carcinom.

Inaugural-Dissertation

welche

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

geschrieben hat

Karl Schroeder

aus

Wiarden in Oldenburg.

Kiel.
Druck von Schmidt & Klaunig.
1874.

Referent: Heller.

Zum Druck genehmigt:

Esmarch,

d. Z. Decan.

Seit von Spencer Wells, Köberle und anderen durch kühnes operatives Eingreifen so günstige Erfolge in der Behandlung der Ovarientumoren erzielt wurden, haben alle in der Unterleibshöhle sich entwickelnden Geschwülste eine erhöhte praktische Bedeutung erlangt. Eine scharfe Diagnostik, um die für die Operation passenden Fälle auszuscheiden, ist wohl eine der wichtigsten Vorbedingungen für die günstige Gestaltung der Operationsstatistik. Gar manche, bei der Schwierigkeit der Aufgabe allerdings verzeihliche diagnostische Missgriffe sind bereits von verhängnissvollen Folgen gewesen*), und noch immer sind casuistische Mittheilungen nicht überflüssig, welche auf Quellen der Irrthümer aufmerksam zu machen geeignet sind.

Von diesem Gesichtspunkte aus dürfte ein Fall von Nierencarcinom, der vor Kurzem hier zur Autopsie kam, der Veröffentlichung werth sein.

Doch auch in pathologisch-anatomischer Beziehung ist er von Interesse, einestheils wegen des maskroskopischen Verhaltens der Geschwulst, welches geeignet ist, unsere Kenntniss von dem Ursprung einer gewissen Klasse von Nierencarcinomen zu erweitern, anderntheils wegen ihrer histologischen Eigenschaften, die vielleicht einen Beitrag zur Förderung der Frage über die Abstammung der Krebse zu liefern im Stande sind, einer Frage, die seit Thiersch's und Waldeyer's epochemachenden Arbeiten trotz zahlreicher werthvoller Veröffentlichungen noch keineswegs zu völlig befriedigendem Abschlusse gekommen ist.

Es handelte sich um einen seit kaum einem Jahre bestehenden Unterleibstumor bei einer 45jährigen Frau, der den ganzen Bauchraum ausfüllend und überall der vorderen Bauchwand anliegend zu der Diagnose: Carcinom des Netzes geführt hatte. Die Kranke kam schon im höchsten Grade kachektisch in Behandlung und ging bald zu Grunde.

Die von Hrn. Prof. Heller 10 Stunden post mortem vorgenommene Section ergab folgendes Resultat:

---

*) z. B. Krause, in Langenb. Arch. Bd. 7 p. 219. (Hydronephrose.) Spiegelberg, in Bufe, inaug.-diss. 1867. Breslau. (Echinococcus.) Schetelig, im Archiv f. Gyn. Bd. 1. (Hydronephrose, von Esmarch operirt.)

Leichendiagnose:

Carcinoma paranephriticum sinistrum. — Secundäre Krebsknoten in Leber, Lungen, Pleura, Peritonaeum, Mediastinum. — Amyloidentartung der Milz und Nebennieren. — Krebsthrombus in der linken Nierenvene.

Weiblicher Leichnam, in hohem Grade abgemagert. Haut äusserst bleich, mit ganz geringen Todtenflecken; keine Starre. Unterhautgewebe äusserst fettarm; Muskulatur sehr schwach entwickelt, hellroth.

Brust. In beiden Pleurahöhlen wenig klares Serum; Lungen beide mässig einsinkend, grösstentheils frei, nur an einzelnen Stellen, besonders rechts, mit der Brustwand durch grauweisse derbe Tumoren verbunden. Im Gewebe des vorderen Mediastinum über dem Herzbeutel eine etwa 4 cm. im Durchmesser haltende rundliche flachsweisse Geschwulstmasse. Im hinteren Mediastinum zahlreiche grössere und kleinere ebenso beschaffene Tumoren.

Lungen grösstentheils lufthaltig, sehr blutarm, leicht ödematös, von einzelnen grauweissen auf der Schnittfläche gelblich gesprenkelten und reichlich Krebssaft gebenden Knoten von verschiedener Grösse durchsetzt. Die hintern Partieen nach unten zu comprimirt. Die Kuppe des Zwerchfelles steht hoch.

Herz. Im Herzbeutel etwas klares Serum.

Herz klein, sehr schlaff, aussen mit atrophischem Fettgewebe; Klappen normal. In den Höhlen sehr wenig derbe Fibringerinnsel und etwas flüssiges Blut.

Herzfleisch sehr blass.

Aorta etwas weiter als normal, mit ziemlich zahlreichen fettigen Flecken an der Innenfläche.

Hals. Speiseröhrenschleimhaut sehr blass, ebenso die der Luftwege.

Bauch. Enorm aufgetrieben, in seiner Höhle nur ganz wenig klares Serum. Der grössere Theil der Bauchhöhle wird eingenommen von einem Tumor mit unebener grob höckeriger, sehr buntscheckig gefärbter Oberfläche. Derselbe liegt fast ganz in der Mittellinie und reicht vom Beckeneingange, dem er fest aufliegt, bis unter das Zwerchfell. Die Därme sind nach beiden Seiten, vor allem nach rechts unten hin geschoben, der Magen ist nach vorne und oben verdrängt und verdeckt die Spitze des Tumors. Dieser berührt die Bauchwand in grosser Ausdehnung und ist unten in der linea alba mit derselben verwachsen. Nach links hin liegt demselben das Netz an. Das colon transversum steigt an seiner rechten Seite herunter, läuft in einem grossen Bogen nach unten von ihm und in der Mitte etwas verdeckt durch denselben vorbei und steigt an seiner linken Seite wieder in's linke Hypochondrium hinauf. Der Tumor erscheint also zwischen Magen und Dickdarm eingelagert. Der zwischen Magen und Quergrimmdarm gelegene Theil des Netzes ist straff ausgespannt über die ganze vordere Fläche der Geschwulst.

Leber im Ganzen klein, im rechten Lappen mit einzelnen grossen Krebsknoten durchsetzt; das Gewebe sehr blutarm, ganz blass graubraun, etwas dunkler braun marmorirt; auf dem blassen Grunde treten einzelne ganz verwaschene, theils hellere, theils etwas dunklere Stellen hervor. (Beginnende Krebse?)

Gallenblase sehr klein, enthält ganz dickbreiige Galle.

Milz klein, Kapsel leicht getrübt. Substanz auf dem Durchschnitt hell grauroth, etwas schlaff, von zahlreichen glänzenden Körnern durchsetzt.

Rechte Niere klein, Kapsel etwas fester haftend. Oberfläche äusserst blass, geblich weiss, mit wenigen sternförmigen Injectionen. Auf dem Durchschnitt die Substanz ebenfalls sehr blass gelblich weiss, etwas glänzend.

Harnblase eng, mit ganz wenig blassem Urin.

Uterus gross, sehr derb und blass, im Cervicalkanal ein Schleimpfropf.

Ovarien an der Oberfläche sehr narbig.

Darm. Schleimhaut blass.

Im Peritonäum links hinten, sowie an der pars diaphragmatica grössere und kleinere graulich weisse platte Krebsknoten.

Beim Herausnehmen des Tumors zeigte sich, dass derselbe von der Gegend der linken Niere ausging. Er hat eine Länge von 29 cm., eine Breite von 19 und eine Dicke von 13 cm. In seiner untern, grössern Hälfte zeigt er deutliche Fluctuation, in den oberen Partien ist er von derberer Consistenz. Ein grosser Theil der Niere findet sich noch scheinbar gut erhalten am obersten Ende des Tumor vor. Auf dem Durchschnitt zeigt sich etwa die oberste Hälfte derselben in ihrer Form nicht auffallend verändert; eben so lässt das Parenchym ausser grosser Blässe makroskopisch keine Anomalie erkennen. Nach unten zu läuft ihre Substanz in immer schmalerer Schicht auf der gewölbten Fläche der Geschwulst aus; es macht den Eindruck, als ob diese innerhalb der Nierenkapsel gelegen die Niere von unten nach oben zusammendrücke. Die noch erhaltene Nierensubstanz ist, wie gesagt, sehr blass und schon von einzelnen ganz lockeren bis bohnengrossen Krebsknoten gegen die Kelche hin durchsetzt. Ausserdem finden sich noch durch die ganze Niere zerstreut, aber hauptsächlich in der Marksubstanz stecknadelsknopf- bis hanfkorngrosse Knötchen eingesprengt, die sich bei näherer Untersuchung ebenso wie die grösseren als in Gefässen steckende Pfröpfe ausweisen. Der Durchschnitt des Tumors ist sehr bunt; der untere grössere Theil ist von ganz ausserordentlich weicher, fast breiiger Consistenz, und von grösseren und kleineren unregelmässig zackigen, mit klarem Serum und gelben Bröckeln gefüllten Hohlräumen durchsetzt. In seinen obern Abschnitten besteht er zum grössten Theile aus einem gröbern und feineren derben, etwas serös durchtränkten und dadurch etwas gallertig erscheinenden Maschenwerk, dessen Räume zum Theil mit klarem Serum gefüllt erscheinen. Der untere Theil des Tumors, in einer Höhe von 4 cm. wird gebildet von dunkel-

graurothen gelbgesprenkelten, theilweise etwas radiäre Anordnung zeigenden locker porösen Knoten, die durch eine dünne bindegewebige, an manchen Stellen gan: durchbrochene, jedoch noch sehr deutlich erkennbare Scheidewand von der übriger Geschwulst und durch ebenso beschaffene Septa untereinander abgegrenzt werden und so als secundäre Anlagerungen erscheinen.

Die Nierenkapsel ist grösstentheils erhalten; soweit sie den Rest der Nier überzieht, ist sie mässig verdickt und ziemlich leicht lösbar. Auf der dem con vexen Rande der Niere entsprechenden Hälfte des Tumors lässt sie sich als ein bis zu 3 mm. verdickte, die Geschwulst straff umhüllende Membran bis zur halbe Höhe derselben herunter verfolgen. Dann scheint sie sich allmälig zuschärfend z verlieren, und ihre Function wird übernommen von dem stark gewucherten und ve dichteten perirenalen Zellgewebe, das nach Art einer Kapsel eine derbe Hülle fü den Tumor bildet. Vielleicht aber — es lässt sich nichts sicheres darüber en scheiden — ist sie auch noch über dem übrigen Theile der Geschwulst erhalte

An der Vorderseite betheiligt sich auch noch das Bauchfell an der Bildun der Kapsel, und mit dieser ist wiederum das straff ausgespannte omentum ve wachsen.

Das Nierenbecken lässt sich in Kelche verfolgen, die ziemlich weit nach ve schiedenen Richtungen in den Krebstumor sich erstrecken; durch den Druck de Geschwulstmassen hat es in seiner unteren Hälfte sein Lumen eingebüsst, und z gleich ist dieselbe nach innen und oben dislocirt worden. Es geht in einen ansche nend normalen Ureter über, der in seinem Anfangstheile gleichfalls eine Aenderun der Lage erfahren hat; er verläuft einige Centimeter weit schräg nach oben un innen, scheint aber seine Durchgängigkeit bewahrt zu haben, denn es fehlt jed grössere Flüssigkeitsansammlung im Nierenbecken.

Die vena cera inferior zeigt in ihr Lumen etwa 1 cm. weit hineinragen einen ganz blass gelblich und röthlich weissen Thrombus, welcher von hier a fast das ganze Lumen der vereinigten Nieren- und Nebennierenvenen ausstopfen dieselbe ausserordentlich stark, bis zu daumendick, erweitert.

Es gelingt, mit der Sonde einen direkten Zusammenhang der obenerwähnte thrombosirten Gefässe mit der Nierenvene nachzuweisen.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt folgendes: Die weichen Partie des Tumors bestehen aus enorm grossen vielgestaltigen, schleierartig dünnen Car nomzellen mit einem oder auch mehreren, theils runden, theils etwas oval grossen Kernen, die wieder mit deutlichen Kernkörperchen versehen sind. S haben vorwiegend rhomboide bis spindelförmige Gestalt, nur einzeln komm rundliche Formen vor, und zwar erreichen diese durchweg lange nicht die Grös der übrigen. Sie sind fast ohne Ausnahme mit feinen Körnchen, die Mehrza auch mit grössern oder kleinern Fetttröpfchen durchsetzt, viele sind in vollständi

Körnchenhaufen umgewandelt. In den obern derbern Partieen ist ganz dasselbe Verhalten, nur sind die Zellen in ein ausgebildetes bindegewebiges Stroma eingelagert.

Die metastatischen Knoten in den andern Organen sind aus ganz denselben Elementen zusammengesetzt. Auch die bei der Leber erwähnten verfärbten Stellen weisen sich aus als Einlagerungen von Krebszellen; ein Zusammenhang mit dem Gefässsystem, der dieselben als auf embolischem Wege entstanden charakterisirte, ist nicht nachzuweisen.

Zunächst musste es überraschen, dass statt des vermutheten Carcinoms des Netzes ein solches, das von der linken Niere ausging, sich vorfand. Ich habe absichtlich vermieden, oben weiter einzugehen auf die Momente, welche die Diagnose »Carcinom des Netzes« veranlasst hatten, weil der Fall nicht so genau beobachtet ist, dass der Versuch, ihn für die Differentialdiagnose der Unterleibstumoren zu verwerthen, mir gerechtfertigt erscheinen könnte; aber immerhin ist doch das Factum zu constatiren, dass ein die linke Niere betreffender Tumor in so grosser Ausdehnung frei vorlag. Der Regel nach bleiben die Nierengeschwülste von den Därmen bedeckt; es werden aber Fälle beobachtet, in denen sie wegen enormer Entwicklung dieselben nach beiden Seiten hin verdrängen und so die vordere Bauchwand unmittelbar berühren, und dann können sie, vor allem wenn sie in ihren früheren Stadien nicht zur Beobachtung gekommen, leicht zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben.

Viel constanter als die Ueberlagerung durch die Därme und zur Unterscheidung von Milzgeschwülsten besonders wichtig ist das Herablaufen des colon descendens vor der Geschwulst. Die topographische Anordnung der Theile an der hinteren Bauchwand bedingt es, dass mit einer gewissen Regelmässigkeit Tumoren der linken Niere das absteigende Stück des Dickdarms auf ihrer vordern Fläche haben müssen. Denn da die Niere hinter dem colon descendens liegt, welches durch das Bauchfell unverschiebar angeheftet ist, so muss ein in der Niere entstehendes Tumor dasselbe, ohne es nach der einen oder andern Seite zu verschieben, grade nach vorne drängen.

In unserm Falle aber konnte auch dieses Merkmal zur richtigen Erkenntniss der Sachlage nicht beitragen, denn das absteigende colon lag an der hinteren äussern Seite der Geschwulst. Wodurch diese abweichende Lagerung bedingt war, lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit bestimmen. Man kann sich vorstellen, dass die Verschiebung des colon descendens an die äussere Seite eines Nierentumors dadurch zu Stande kommt, dass eine in der Gegend des Nierenhilus, also einwärts vom colon, entstehende Geschwulst gleich einen relativ starken Dickendurchmesser erreicht und dann im weitern Wachsthum dasselbe nach aussen verdrängt. Da aber hier ausserdem noch der Querdickdarm unterhalb der Geschwulst

hinstreicht, statt am obern Ende derselben zu liegen, so wird es wohl richtige sein, für diese beiden Dislocationen ein und dasselbe prädisponirende Moment, di Anordnung der in Frage kommenden Theile, anzunehmen. Und zwar ist dies Annahme um so mehr erlaubt als die Insertion des mesocolon transversum an de hintern Bauchwand im Verhältniss zu den Nieren keine ganz bestimmte zu sei scheint. Wenigstens fand Herr Professor Heller, der die Freundlichkeit hatte, i der letzten Zeit bei seinen Sectionen auf diesen Punkt zu achten, dass dasselb bald über der linken Niere, bald auf der obern Hälfte derselben, bald unterhal der Mitte sich ansetze. In diesem Falle aber wird der Ansatzpunkt wohl gan unter der linken Niere gelegen haben.

Wendet man sich nun zu der Betrachtung des Tumors selbst, so fällt au den Durchschnitt ein eigenthümliches Verhalten der Carcinommassen zu dem Rest der Niere auf. Obwohl dieselben innerhalb der Nierenkapsel gelegen sind, so is doch trotz der kolossalen Entwicklung derselben ein Theil der Niere, der a Grösse ungefähr zwei Dritteln ihres ursprünglichen Volumens gleichkommt, gan unbetheiligt.

Herrn Professor Heller verdanke ich die mündliche Mittheilung, dass Zenker schon seit längerer Zeit auf das Vorkommen einer besondern Species vo Nierencarcinomen, die er als paranephritische bezeichnet, aufmerksam gemacht ha Dieselben charakterisiren sich dadurch, dass sie dem äussern Habitus nach al Nierencarcinom erscheinen, dass sie aber garnicht von der Niere selbst ausgegangen sind, sondern, in der nächsten Umgebung derselben, und zwar am Hilus, en standen, sofort in die Nierenkapsel eindringen, um nun innerhalb derselben weiter wuchernd erst secundär die Niere zu zerstören.

Ohne Zweifel ist der vorliegende Fall ein dahingehöriger.

Wie schon erwähnt, springt bei dem ersten Blick das auffallende Verhältnis der Neubildung zu der Niere in die Augen. Einerseits ist ein unverhältnissmässi grosser Theil der Niere noch wohl erhalten, andererseits ist dieser Theil von de abgerundeten Kuppe des Tumors von der Mitte her auseinandergedrängt und sitz demselben wie eine Haube auf. Das macht es schon von vornherein sehr wah scheinlich, dass die Substanz der Niere nicht der Ausgangspunkt gewesen. E muss doch bei der Entstehung von Carcinomen an irgend einer Körperstelle ein Disposition der zunächst angrenzenden gleichartigen Theile für dieselbe neoplastisch Degeneration vorausgesetzt werden, und demgemäss müsste, wenn aus der Nier selbst das Carcinom hervorgegangen wäre, bei der so kolossalen Entwicklung de Neubildung der letzte Rest der Niere längst in derselben untergegangen sein.

Die Erfahrung zeigt auch, dass bei den wirklichen Medullarcarcinomen de Niere dieselbe immer in ihrer Totalität betheiligt ist. Sie treten in zweifache Form auf; entweder man findet in dem Parenchym der Niere, und zwar haup

sächlich in der Corticalis circumscripte Knoten eingesprengt, die isolirt von einander weiter wuchern, bis sie confluiren, oder es ist ein einzelner Herd vorhanden, von dem aus im weitern Verlaufe eine ausgebreitete Umwandlung der Nierensubstanz im Krebsgewebe zu Stande kommt. Bei recht diffuser und gleichmässiger Einlagerung bleibt dabei die Form der Niere erhalten, und als Beweis der direkten Umwandlung des Nierenparenchyms in die Neubildung ist gewöhnlich noch deutlich zu erkennen, welcher Theil früher Marksubstanz war und welcher Corticalis.

Was letztern Punkt anbetrifft, so ist auch hiervon in unserm Falle keine Andeutung vorhanden; es ist augenscheinlich, dass es sich hier nicht um eine Umwandlung der Nierensubstanz handelt, sondern um eine Verdrängung und Compression derselben, wie sie überall die in der Umgebung einer rasch wachsenden Neubildung gelegenen Theile erfahren.

Dass die Grenze zwischen Carcinom und Niere eine wenig scharfe ist, ist hierfür ohne Bedeutung; wie weiche Carcinome durchgehends diffus in die umgebenden Weichtheile übergehen, so ist es auch hier der Fall, und man darf aus diesem Umstande nicht schliessen auf eine direkte Betheiligung des Nierenparenchyms.

Volle Sicherheit über die Richtigkeit des Resultats der makroskopischen Untersuchung giebt der mikroskopische Befund. Nachdem schon seit längerer Zeit Waldeyer die Entwicklung der Nierencarcinome aus den Epithelien der Harnkanälchen wahrscheinlich gemacht und neuerdings v. Perewerseff*) dieselbe sicher bewiesen, darf man annehmen, dass ein Carcinom, bei dem sich durchaus keine Betheiligung der Nierenepithelien nachweisen lässt, auch nicht von der Niere ausgegangen ist. So in dem vorliegenden Falle. Ich fand bei der Untersuchung der Uebergangspartieen nur eine mehr oder minder ausgesprochene Atrophie der Harnkanälchen, die Epithelien ohne Ausnahme körnig getrübt, zum Theil mit grösseren und kleineren Fetttröpfchen gefüllt und stellenweise ganz im Zerfall begriffen. Dabei war das interstitielle Bindegewebe vermehrt und mit Rundzellen infiltirt. Ob diese Vermehrung nur eine relative, durch Verödung und Ausfall vieler Harnkanälchen zu Stande gekommene, oder eine wirkliche, nur durch Wucherung bedingte war, will ich nicht entscheiden. Doch ist dies auch irrelevant, nachdem nachgewiesen, dass eine Wucherung der Epithelien nicht Statt hatte sondern im Gegentheil eine Zerstörung derselben sich vorfand — ein Umstand, der die Entstehung des Carcinoms von der Niere aus mit Sicherheit ausschliessen lässt.

Ich habe mich bemüht, aus der Literatur hierhergehörige Fälle zu sammeln, doch ist es mir nicht gelungen, unter der ziemlich grossen Menge von Nierencarcinomen, die beschrieben worden sind, solche, denen ich einen unzweifelhaft

*) Virch. Arch. Bd. 59.

paranephritischen Ursprung zuschreiben möchte, aufzufinden, abgesehen von einem Falle, der von Beyerlein*) veröffentlicht wurde, und einem Falle, den Cruveilhier**) abbildet.

Es wäre aber übereilt, wollte man aus diesem negativen Resultat überhaupt auf ein seltenes Vorkommen derselben schliessen. Ganz einfach erklärt sich dieser Umstand, wenn man annimmt, dass Fälle der Art wohl zur Beobachtung gekommen, aber nicht erkannt und richtig gedeutet sind, und dass eben deshalb die Punkte, aus denen ein als Nierencarcinom beschriebenes noch nachträglich als paranephritisches diagnosticirt werden könnte, in der Beschreibung nicht hervorgehoben sind.

Eine Stütze für diese Ansicht kann man in dem Falle von Cruveilhier finden. Aus der Beschreibung ist nicht zu entnehmen, dass derselbe irgendwie von einem gewöhnlichen Nierenkrebse sich unterschieden hat, während aus der Abbildung nicht undeutlich hervorgeht, dass das Carcinom vom oberen Ende des Hilus aus in die Drüse hineingewuchert ist. Dieselbe ist fast ganz aufgegangen in der Neubildung; nur am unteren Ende und am convexen Rande findet sich ein schmaler Raum von Parenchym erhalten, und die Kelche sind von den vom Becken aus hineinwuchernden Massen stark erweitert und nach unten hin verdrängt.

Beyerlein beobachtete seinen Fall bei einem zweijährigen Kinde; der Krebs war von hinten und vom Hilus her in die Niere hineingewuchert, letztere 10 cm. lang und breit, auf dem Durchschnitte das Parenchym allenthalben atrophirt, im oberen Drittheil ganz verschwunden. Doch hat auch er nicht genügend hervorgehoben, dass ein genetischer und anatomischer Unterschied besteht zwischen dem von ihm beschriebenen und einem echten Nierencarcinom. Er erwähnt nur nebenbe (p. 27), „dass wir es hier mit einem secundären Nierenkrebse zu thun haben, indem der Krebs nicht eigentlich die Niere selbst betrifft, sondern, von dem retroperitonealen Zellgewebe ausgehend, nur die Niere verdrängt, verunstaltet hat, und vom Hilus aus gegen das Nierenbecken hineingewachsen ist."

Soviel aus seiner Beschreibung hervorgeht, ist übrigens das fragliche Carcinom lange nicht so gut abgegrenzt gewesen, wie das unsrige, denn ein grosse Theil der Neubildung scheint ausserhalb der Kapsel gelegen zu haben.

Man wird natürlich vorsichtig verfahren müssen, wenn es sich um die Entscheidung handelt, ob ein Carcinom als paranephritisches oder als retroperitoneale zu bezeichnen ist; denn bekanntlich umwuchern letztere im Verlaufe ihres Wachsthums häufig die Nieren und zerstören sie durch ihr Uebergreifen.

Es ist nicht möglich, schon gleich allgemein gültige Regeln aufzustellen, und de Versuch dazu würde nur zu Irrthümern führen, aber ich glaube, im Grossen und Ganze

---

*) Beyerlein. Das Carcinom der Niere. Diss. inaugural. Erlangen 1867.

**) Cruveilhier, Anat. path. Livr. 18. Pl. 1.

wird man nicht fehlgreifen, wenn man zu den ersteren nur solche Krebse rechnet, die äusserlich als echte Nierencarcinome erscheinen, weil der ganze Prozess hauptsächlich innerhalb der Kapsel sich abspielt und die umgebenden Theile nicht mehr in ihn hineingezogen werden, als bei diesen. Deshalb möchte ich unseren Fall für ein Muster von paranephritischem Carcinom halten; das ganze kolossale Neoplasma ist umgeben von der Kapsel der Niere oder jedenfalls von einer dieser gleichwerthigen Hülle, lag dadurch total isolirt, bot also in dieser Hinsicht die Verhältnisse eines wirklichen Nierencarcinoms dar, und doch muss man es für etwas der Niere ursprünglich ganz Fremdes erklären.

Von wo dasselbe seinen Ursprung genommen, lässt sich begreiflicherweise jetzt nicht mehr sicher bestimmen. Das ganze Verhalten macht den Eindruck, als ob es vom unteren Ende des Hilus aus in die Kapsel eingedrungen sei und nun von unten und innen gegen den Rest der Niere herandränge. Dort würde auch der Durchbruch durch die sonst ziemlich resistente Kapsel leicht zu bewerkstelligen sein. Dieselbe besteht bekanntlich aus zwei Schichten, einer äusseren von 0,1 bis 0,2 mm. Dicke, und einer inneren von 0,025 mm. (Henle); erstere verschmilzt im Hilus mit der Bindegewebsscheide, welche die zur Niere tretenden Blutgefässe einhüllt, und nur die letztere setzt sich bis an die Anheftungsstelle der Nierenkelche fort. So wird, wenn im Sinus renalis eine Neubildung ihren Ursprung nimmt, nur die dünne innere Schichte den Weg in die Nierensubstanz verlegen, und deren Widerstand ist um so leichter zu überwinden, als die äussere Schichte den Durchbruch ins retroperitoneale Zellgewebe viel entschiedener zu verhindern vermag.

Ich glaube sogar, man kann, ohne den Thatsachen Zwang anzuthun, in Anbetracht des letzterwähnten Umstandes ein hier sich entwickelndes Carcinom fast als ein von vorneherein intracapsuläres ansehen.

Schon oben habe ich die auffallende Gestalt der Zellen, ihre enorme Grösse und wirklich oft schleierhafte Dünnheit erwähnt, allerdings ohne weiter auf diesen Punkt einzugehen. Es fällt aber sofort die wirklich frappante Aehnlichkeit mit den Endothelien der Gefässe, vor allem der grösseren Venen auf. Vorwiegend sind sie von langgezogener, spindelförmiger und rautenförmiger Gestalt; alle anderen Formen treten weit zurück hinter diesen endothelähnlichen. Ein Blick in das Mikroskop giebt massenhaft Bilder, die ganz ausserordentlich den von Ponfick*) abgebildeten in Degeneration begriffenen Gefässendothelien gleichen, welche im Blut von Recurrenskranken gefunden werden. Sämmtliche Krebszellen sind, wie gesagt. mehr oder weniger in Fettentartung begriffen.

Da nun in der Regel, vielleicht immer, die Carcinome in der Gestalt ihrer zelligen Elemente den Charakter der Zellen ihres Mutterbodens tragen, da die Epithel-

*) Virch. Arch. Bd. 60. T. V.

zapfen der Carcimone der äussern Haut aus Plattenepithelien sich zusammensetzen, die vom Darmkanal ausgehenden Krebse Cylinderzellen führen und die Nierenkrebse Zellen, welche den Epithelien der Harnkanälchen täuschend ähnlich sehen, so hat die Annahme, dass das vorliegende Carcinom aus dem Gefässendothel hervorgegangen ist, jedenfalls ihre Berechtigung. Und ich glaube, dass grade dies ein Fall ist, in dem man den Fingerzeig, der durch das ganz charakteristische Aussehen der Zellen gegeben wird, nicht ignoriren darf.

Denn thut man dies, will man streng nach der Waldeyer'schen Ansicht auch für dieses Carcinom den epithelialen Ursprung festhalten, so wird man darauf angewiesen, zur Beantwortung der Frage, wie denn im Sinus renalis, einem Orte, der frei ist von epithelialen Gebilden, eine krebsige Degeneration auftreten kann, die — zuerst von Thiersch ausgesprochene — Hypothese zu Hülfe zu nehmen, dass in Folge anomaler Vorgänge bei der ersten Entwicklung später sich Epithelreste an Stellen finden, wo sie eigentlich nicht vorkommen sollten, und dass diese den Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Krebses abgeben können. Dann aber wird wieder die Thatsache auffallend sein, dass die Zellen so ganz den Gefässendothelien gleichen, und deshalb, meine ich, ist einer Annahme, welche einerseits keine Hypothese involvirt, andererseits alles einfach erklärt, der Vorzug zu geben.

Ich gerathe dadurch allerdings in Widerspruch mit der jetzt vorherrschenden Ansicht von der epithelialen Entwickelung der Carcinome. Aber obwohl durch zahlreiche Untersuchungen extirpirter Tumoren, die ich als Assistent der chirurgischen Klinik vorzunehmen hatte, ein Anhänger der Thiersch-Waldeyer'schen Anschauung, glaube ich doch, dass erst durch völlige Sichtung des Materiales und strenge Ausscheidung der nicht zugehörigen Fälle diese Lehre allgemeine Annahme finden wird. Denn der vollständigen Anerkennung eines neuen Satzes, eines bedeutenden Fortschrittes auf irgend einem Gebiete steht immer am meisten die zu grosse Verallgemeinerung entgegen, zu welcher namentlich die Anhänger eines solchen geneigt sind. Erst durch die Einschränkung auf die richtigen Grenzen, wie sie häufig nur nach langem Streite zu Stande kommt, vermag ein solcher Fortschritt sich zur allgemeinen Geltung zu bringen.

Wie nun in der normalen Histologie durch His glücklich von den echten Epithelien die falschen oder Pseud-Epithelien abgetrennt worden sind, so wird es auch erlaubt sein, für die pathologischen epithelartigen Bildungen eine solche Ausscheidung vorzunehmen und Geschwulstgattungen aufzustellen, welche in der Form ihrer Elemente den echten epithelialen Geschwülsten ebenso ähnlich sehen, wie eben die normalen Pseudoepithelien und Endothelien den normalen echten Epithelien. Solche Endothelgewächse sind unzweifelhaft weit seltener, als die echten Epithelialen, aber sie sind doch streng abzutrennen, um nicht Verwirrung hervorzurufen.

Der Nachweis, von welchem Theile die vorliegende Neubildung ausgegangen

sein mag, ist bei dem enormen Umfange natürlich nicht mehr zu verlangen; dringend zu wünschen ist, dass in Fällen geringeren Grades, die durch irgend einen Zufall frühzeitig zur Section kommen, auf diesen Punkt hin sorgfältig untersucht werde, um über die doch sehr interessante Histogenese womöglich ganz ins Klare zu kommen.

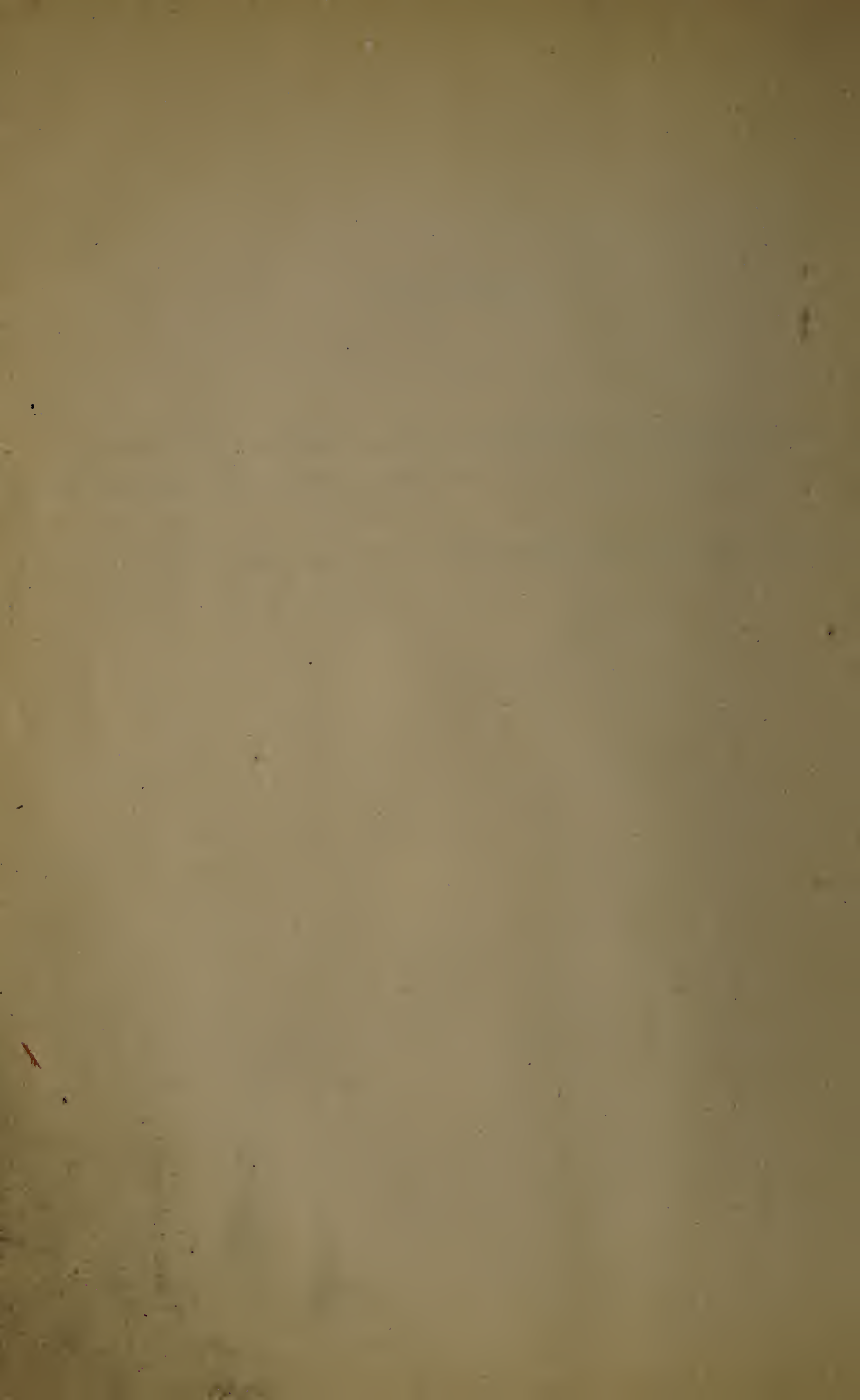
Schliesslich erfülle ich noch eine angenehme Pflicht, indem ich meinem verehrten Lehrer Herrn Professor Heller für seine freundliche Unterstützung hierdurch öffentlich meinen Dank abstatte.

Vita.

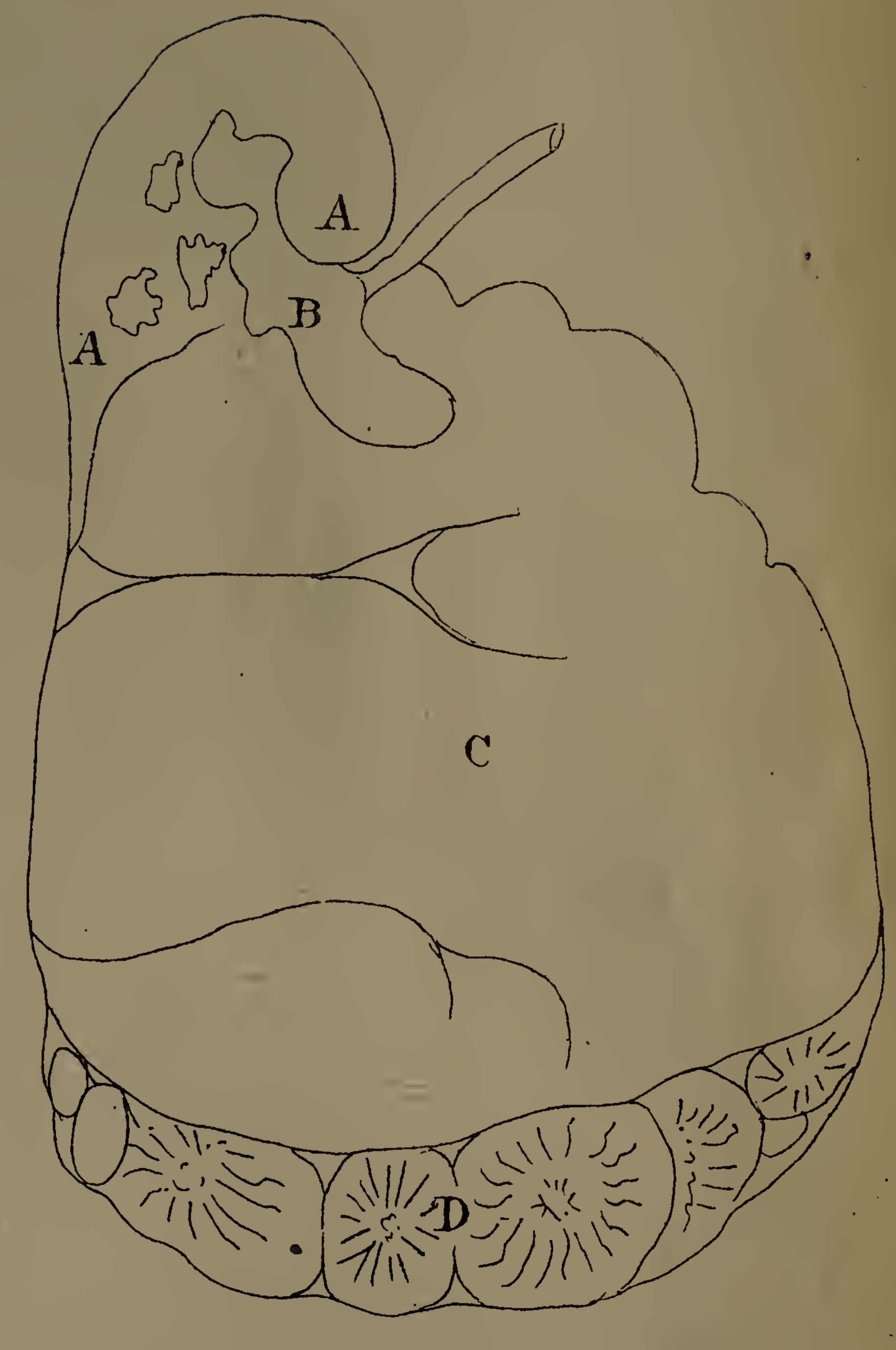
Ich wurde am 23. Januar 1849 zu Dötlingen in Oldenburg geboren. Von Michaelis 1860 bis Ostern 1869 besuchte ich das Gymnasium zu Jever. Dann studirte ich drei Semester in Heidelberg, vier Semester in Jena und drei Semester in Kiel. Das Tentamen physicum bestand ich im März 1872, das Examen rigorosum am 21. Juli 1873, das medicinische Staatsexamen am 18. April 1874.

THESEN.

) Bei Oberschenkelfracturen ist die Extensionsmethode die beste Behandlung.
) Bei Nierencarcinomen finden sich nicht nothwendig Blut oder Krebselemente im Urin.
) Bei unstillbarem Erbrechen Schwangerer ist die künstliche Frühgeburt indicirt.







A. Rest der Niere.
B. Nierenbecken.
C. Neubildung.
D. secundäre Knoten.
E. rothe Blutkörperchen.

K. Schröder del.

